

登録番号

様式第1号 (第7条関係)

大田原市病児・病後児保育事業利用登録申込書

年 月 日

大田原市長 様

申込者 住 所  
(保護者)

氏 名

電話番号 ( )

大田原市病児・病後児保育事業の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

フリガナ		性 別	生年月日	登録時の年齢	
児童氏名		男・女	年 月 日	歳 か月	
保育・就学状況 (在籍施設名)	電話 ( )				
緊急連絡先 (*)	氏 名		続柄	携帯電話	
	勤務先			勤務先電話	
	氏 名		続柄	携帯電話	
	勤務先			勤務先電話	
緊急連絡先 (*) 以外の 同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先名	勤務先電話
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
かかりつけ医	医療機関名、医師名等 電話 ( )				
出産時の様子	妊娠週数 ( 週) 体重 ( g) 分娩時の異常 無・有 ( )				
乳幼児期の 発育	首がすわる ( か月) おすわり ( か月) ひとり歩き ( か月) 人見知り ( か月) 母親の後追い ( か月) 発語 (意味のある言葉) ( 歳 か月) 栄養法 (母乳・ミルク・混合)				

(裏面へ)

